FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910 **THÈSE** N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DE L'AVENIR des Femmes Néphrectomisées qui deviennent enceintes

PAR

Gabriel BLEYNIE

Né à Limoges, le 4 Août 1883

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Moniteur de la Faculté à la Clinique d'obstétrique et de gynécologie Beaudelocque

Président : M. PINARD, *professeur.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

H. CHACORNAC, ÉDITEUR

9, Rue de l'Éperon, 9

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladie des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

ration en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ns qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, nd leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ARRIÈRE GRAND'ONCLE

LE BARON DUPUYTREN

CHIRURGIEN DE L'HOTEL DIEU

CHIRURGIEN DU ROI LOUIS XVIII

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (1812)

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LHOTEL DIEU (1815)

MEMBRE DE L'INSTITUT (1825)

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND'PÈRE

LE PROFESSEUR ADOLPHE BLEYNIE

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES

A MON PÈRE

LE PROFESSEUR LOUIS BLEYNIE

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE LIMOGES

LES PROFESSEURS { LEMAITRE (in memorian).
CHENIEUX (in memorian).
RAYMONDAUD.
RAYMOND.

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

LES PROFESSEURS { DIEULAFOY (1905).
BERGER (1905) (in memorian).
GILB. BALLET (externat 1908-1909).
PINARD (externat 1908-1909).

LES DOCTEURS { RENÉ MARIE (Brevannes 1909).
CAMINO (Hendaye 1909).

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Avant-Propos

Nous aurions conscience de manquer au plus impérieux des devoirs si les premières lignes de ce modeste travail n'étaient pas consacrées à payer une partie, bien faible il est vrai, de la dette de reconnaissance que nous avons contractée vis à vis de notre vénéré maître et président de thèse, le professeur Pinard.

C'est à lui, en effet, que nous sommes redevable des connaissances pratiques que nous possédons dans l'art des accouchements. C'est grâce à sa bienveillance et sous l'œil éclairé de ses chefs de clinique que nous avons pu « mettre la main à la pâte » durant les deux années où nous fûmes son élève, d'abord comme externe, puis comme répétiteur.

Si nous commençons à voir un peu clair dans cette branche si importante des sciences médicales qu'est l'obstétrique, c'est encore à lui que nous le devons grâce à l'enseignement journalier qu'il nous dispensait avec un inlassable dévouement.

Quel merveilleux enseignement en effet que celui qui consiste à feuilleter sous la direction d'un tel maître le « grand livre de la nature » comme il appelle lui-même les observations de tout ce qui s'est passé dans le service entre deux entretiens.

Mon souvenir ému se reporte maintenant sur la mémoire de mon grand-père, le professeur Adolphe Bleynie, de l'Ecole de Médecine de Limoges, dont la vie toute de droiture et de probité sera toujours pour moi le guide le plus sûr dans les épreuves de l'existence. Cette grande ombre planant au-dessus de ma carrière médicale sera toujours là pour me rappeler qu'il n'y a qu'un chemin, celui du devoir, et que rien ne doit nous en faire écarter.

Et maintenant il ne me reste plus qu'à remercier mon père, le professeur Louis Bleynie, qui fut toujours mon guide et mon conseiller dans les actes importants de l'existence. C'est lui qui a guidé mes premiers pas dans les études classiques d'abord, médicales ensuite, me facilitant la tâche, aplanissant pour moi les difficultés, toujours prêt à m'aider et à me soutenir. Que ces modestes remer ciements soient pour lui l'expression d'une gratitude profonde et d'une éternelle reconnaissance.

DE L'AVENIR
des Femmes Néphrectomisées
qui deviennent enceintes

Introduction

Le 21 mai 1909 entrait à la salle de travail de la clinique Baudelocque une femme ayant subi une néphrectomie le 1er juillet 1905 et qui venait accoucher pour la seconde fois depuis son opération (observation I). Grossesses normales, accouchements se produisant sans incidents.

En face de ce cas isolé, je me suis demandé si ce que je venais d'observer était une exception où si, au contraire, c'était la règle que les femmes néphrectomisées accouchent bien après une grossesse ayant évolué normalement.

Après avoir réuni les observations qui avaient été publiées dans la science, et que je présente plus loin, j'ai été convaincu que mon observation n'avait rien d'extraordinaire et qu'elle se calquait, presque absolument, sur nombre de celles ayant déjà été présentées dans différentes sociétés savantes.

En face de ce résultat acquis, il était bien légitime de se demander par quel phénomène un orga-

nisme humain, privé d'un de ses principaux émonctoires, pouvait supporter sans faiblir ces conditions spéciales dans lesquelles il est placé du fait de la grossesse.

Hypertrophie compensatrice du rein sain après néphrectomie

Et d'abord, après une néphrectomie, le rein manque-t-il réellement au point de vue fonctionnel ? Il est permis d'en douter. Il ne faudrait pas croire en effet que les conditions nouvelles créées à un individu par une néphrectomie pour pyélonéphrite tuberculeuse ou hydronéphrose, par exemple, soient les mêmes que celles créées à un autre individu, ne présentant aucune lésion rénale, par l'ablation d'un de ses reins.

Nous ferons remarquer que, dans la plupart de nos observations, dans celles du moins pour lesquelles nous avons pu recueillir assez de détails sur l'intervention qui avait été pratiquée, au moment de la néphrectomie le rein enlevé était à peu près fonctionnellement supprimé, le parenchyme rénal étant complètement détruit par une cause quelconque (tuberculose, hydronéphrose, etc.).

Or, que se passait-il dans l'autre rein, alors que le premier était en train de disparaître ? il se passait ce phénomène très remarquable et très inté-

ressant, c'est qu'il subissait une « hypertrophie compensatrice » ; c'est-à-dire qu'au fur et à mesure de la disparition de l'un, l'autre augmentait de volume en créant du tissu nouveau. Si bien que, au moment où l'un des reins a complètement disparu, il manque, non pas la moitié du tissu rénal primitif comme on pourrait le croire, mais seulement un quart.

Or si l'on considère la suractivité fonctionnelle de ce tissu de nouvelle formation, on est amené à conclure que physiologiquement, tant que le rein qui subsiste reste sain, bien entendu, l'élimination rénale se fait presque dans d'aussi bonnes conditions chez l'individu néphrectomisé que chez l'individu normal. Le seul point noir, c'est la menace constante de voir ce rein unique envahi par le même processus morbide qui a détruit le premier.

Cette hypertrophie compensatrice une fois admise, on commence à voir plus clair, mais il reste à nous demander si le rein de la femme enceinte est réellement astreint à un travail plus considérable que celui de la femme qui a l'utérus vide ; et pour répondre, nous nous adresserons d'abord à l'urine pour savoir dans quelles proportions elle contient les éléments normaux et si elle ne contient pas des éléments anormaux d'une façon habituelle

Analyse de l'urine de la femme en période de gestation

Tous les documents qui suivent sur les analyses d'urine m'ont été fournis par l'introduction de la thèse du Dr Germain (Paris 1909).

Au point de vue de la quantité des urines émises dans les 24 heures, la polyurie de la fin de la grossesse est un phénomène constant, mais plus rare chez les primipares. Vers la même époque leur densité diminue.

Chlorure de sodium. — Parmi les corps éliminés par le rein, un des plus importants est le chlorure de sodium. Or. M. le professeur Bar, après des recherches approfondies, a conclu qu'il y avait souvent rétention de chlorures à la fin de la grossesse.

Or, cette rétention peut se faire sous deux influences : troubles hydrauliques ou oblitération des épithéliums glomérulaires. Nous pouvons éliminer immédiatement ce second processus, car la néphrite épithéliale pendant la grossesse est presque une rareté. Il nous reste donc la première hypothèse, c'est-à-dire les troubles apportés dans l'équilibre normal entre la pression sanguine intraglomérulaire et la pression dans les canaux urinifères.

Or cet équilibre peut être rompu de deux façons

différentes. Diminution de la pression sanguine ou augmentation de la pression dans les conduits urinifères. Chez la femme enceinte, il y a augmentation de la quantité totale du sang, d'où il résulte une ectasie de tout le système veineux qui entraîne une stase sanguine, principalement dans la sphère génitale, qui se répercute jusque dans la circulation intraglomérulaire (hypotension).

La compression, la torsion, l'étirement de l'uretère, en portant une gêne à l'écoulement de l'urine, produisent la deuxième condition (augmentation de pression dans les bassinets).

Ce qu'il y a d'intéressant, c'est que cette rétention de chlorures peut être assez longtemps sèche, mais il arrive un moment où il se fait une fixation d'eau qui produit de l'œdème, et on comprend facilement que cet œdème soit tenace puisqu'il est impossible de faire disparaître les causes qui l'ont créé.

Echanges azotés. — M. Bar a montré que la femme enceinte retenait plus d'azote qu'elle ne pouvait en utiliser immédiatement, soit pour elle, soit pour son produit de conception, soit pour parer à l'augmentation de volume des seins et de l'utérus.

Cette rétention azotée est-elle le fait d'une insuffisance rénale ? On peut répondre nettement non, car dans ce cas il se retrouverait dans le sang, sous forme d'urée qui peut aller jusqu'à 4 et 5 grammes, et dans le sang de la femme enceinte M. Bar n'a

jamais trouvé plus de 0 gr. 50 qui est le chiffre normal.

On en est donc amené à conclure que cette fixation d'azote dans l'organisme de la mère constitue pour elle une réserve utilisable destinée seulement à augmenter son capital azoté de façon à ce qu'elle puisse subvenir sans fatigue aux besoins du fœtus contenu dans son utérus et plus tard à l'allaitement.

Eléments anormaux. — *Sucre.* Le sucre, dans l'urine de la femme enceinte, peut se rencontrer sous deux formes : glycose ou lactose et voilà par quel mécanisme, d'après Porcher. Le glycogène qui s'est emmagasiné dans le foie est lancé dans la circulation sous forme de glycose et arrive sous cet aspect à la mamelle qui le transforme en lactose. Or il arrive souvent, surtout chez les multipares, que le foie commence à entrer en activité avant la mamelle, il y a donc hyperglycémie qui se traduit par de la glycosurie. Si, au contraire, au moment où la mamelle est en pleine activité, le lait n'est pas complètement utilisé comme dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, ou si la lactose est fabriquée en excès, on aura, non plus de la glycosurie, mais de la lactosurie.

M. Bar ne croit pas, comme la plupart des auteurs, que pendant la grossesse, glycosurie d'un côté et diminution d'urée, d'autre part, soient fonction d'insuffisance rénale : nous savons, en

effet, que la rétention d'azote est la règle et nous en avons donné les raisons. Enfin « il existerait une véritable glycémie physiologique, qui propre à la grossesse mériterait vraiment le nom de glycémie gravidique. »

L'urobiline et le chromogène se retrouvent dans l'urine de nombre de femmes enceintes dans des proportions variables suivant les auteurs, mais pour tous assez fréquemment. Voici ce qu'en pense M. Bar : « L'urobilinémie et la cholémie, d'où dérivent l'urobilinurie et la cholurie, apparaissent comme liées étroitement au phénomène de l'hématolyse, qu'il y ait ou non atteinte à la puissance du foie, qu'il y a ait ou non atteinte à la régularité des fonctions digestives. »

Acétone. — L'acétonurie était considérée par Vicarelli comme une conséquence de la mort du fœtus, mais les travaux de Knapp, Menu et Mercier, Couvelaire, Rousse, Schotten, Stolz ont démontré qu'on pouvait trouver de l'acétone dans l'urine de la mère alors que son fœtus était vivant. Pour M. Bar, il y aurait acétonurie légère chez 15 0/0 environ des femmes enceintes.

Epreuve du bleu de méthylène. — Le bleu de méthylène injecté à une femme enceinte s'élimine avec la même rapidité et dans les mêmes conditions que chez les sujets en dehors de l'état de gestation, ce

qui tendrait à prouver que la grossesse ne porte aucune atteinte à la perméabilité rénale.

La cryoscopie ne donne aucun renseignement intéressant, les quotients ne s'écartant que peu de la moyenne normale.

Je ne parlerai pas de la toxicité urinaire dans la grossesse normale, d'abord parce que tous ceux qui s'en sont occupés sont arrivés à des résultats contradictoires, les uns disant hypertoxicité, les autres hypo, et cela sans doute parce que les moyens que nous avons à notre disposition pour apprécier cette toxicité sont très incertains. Ensuite, nous ne croyons pas qu'il faille rechercher dans l'urine la trace de l'auto-intoxication gravidique, les toxines ayant été arrêtées par le foie comme nous essaierons de le démontrer dans le chapitre suivant.

Auto-intoxication gravidique

Dans ce chapitre des auto-intoxications de la grossesse, nous aurons deux paragraphes à étudier. Dans un premier, nous essaierons de voir si réellement, à l'occasion de la gestation, il y a surproduction dans l'organisme de produits toxiques, et, dans un second, nous nous demanderons si ces toxines sont éliminées par les urines, occasionnant aux reins un surcroît de travail considérable.

Voyons d'abord ce qu'on entend par une intoxi-

cation : « Il y a intoxication, dit Roger, toutes les « fois que surviennent des troubles cellulaires « dépendant d'une modification du milieu orga- « nique, soit par suite de l'introduction d'une sub- « stance étrangère, soit par suite de l'augmentation, « de la diminution ou de la transformation anor- « male d'une ou de plusieurs substances consti- « tuantes. Nous arrivons donc à considérer comme « toxique toute substance capable de troubler la « vie des éléments anatomiques en modifiant direc- « tement ou indirectement le milieu qui les contient : « il y a intoxication toutes les fois qu'il s'est pro- « duit une modification dans la constitution chi- « mique du milieu intérieur. »

Or, quelle est, à l'état normal, la source des intoxications ? Si l'on admet que toute manifestation vitale est nécessairement liée à une destruction organique, on peut classer de la façon suivante, avec Roger, les phénomènes qui se passent dans l'organisme.

Vie cellulaire. Desassimilation. Sécrétions.

Phénomènes normaux de la digestion.

Poisons formés dans l'organisme par des agents parasitaires.

Poisons introduits dans l'organisme.

Réservant le terme d'auto-intoxication aux intoxications produites par des poisons endogènes formés dans l'intimité des tissus et résultant de la désassimilation, nous admettrons facilement avec Charcot et Bouchard que la grossesse, dès les pre-

miers jours, donnant une impulsion plus vive aux actes nutritifs, en vue de la formation de l'œuf « il « y a par suite de l'augmentation des actes nutri- « tifs, formation de déchets plus abondants ». Et Bouffe de Saint-Blaise ajoute, dans le travail qu'il a fait paraître en 1899 sur l'auto-intoxication de la grossesse : « L'état particulier d'un organe qui, dès « le début, est le siège d'une hyperhémie considé- « rable, l'existence d'un organisme surajouté, les « échanges toxiques (1) qui ont lieu entre les deux « organismes (qu'il y ait fœtus ou non comme « dans la grossesse molaire) sont ainsi une cause « d'hypertoxicité ». Bouffe de Saint-Blaise fait remarquer ensuite, avec M. le professeur Pinard, tout l'intérêt qui s'attache à cette constatation des auto-intoxications dans les cas de grossesse molaire, car ces faits démontrent que ce n'est pas le fœtus qui joue le rôle principal dans ces accidents. Il y a autre chose « et peut-être déjà devons-nous entre- « voir comme facteur important la suppression « d'une élimination, c'est-à-dire des règles ».

M. Pinard pense que « l'absence des règles pen- « dant la grossesse constitue une rétention des « sécrétions organiques (sécrétions de l'appareil « génital) qui exige comme compensation une « intégrité absolue des autres sécrétions.

« Il semble aussi, dit Bouffe, en examinant de

---

(1) Lannois et Brion : Passage des poisons du fœtus à la mère. *Lyon Médical, 6 mars 1898.*

« très près les phénomènes cliniques qu'on peut « rattacher à l'intoxication gravidique, que ce ou « ces poisons donnent lieu à des phénomènes tout « à fait caractéristiques de l'état de gravidité : il est « certain qu'un ensemble symptomatique comme « le ptyalisme et les vomissements incoercibles ne « se voit que pendant la grossesse ; de même pour « l'éclampsie, et on est incité à penser qu'il existe « des matières spéciales, qui, lorsque certains or- « ganes deviennent insuffisants, peuvent donner « lieu à des accidents spéciaux, et la multiplicité « des accidents pourrait même faire penser que ces « poisons sont multiples.

« L'examen de la toxicité urinaire dans ces cas « morbides, nous montre qu'elle est diminuée. « Chambrelent et Bermont ont trouvé 0,25 au lieu « de 0,45 qui est le chiffre habituel. Bien plus, « Labadie-Lagrave et Boix ont pu ériger en prin- « cipe qu'il y a diminution de la toxicité urinaire « dans les cas normaux de grossesse. Cela est « contredit par d'autres auteurs. »

« Pour Von der Velde, de Leyde, l'urine serait « au contraire plus toxique, mais le sérum sanguin « aussi. Tous ces faits sont également probants. »

« Quoi qu'il en soit et qu'il existe ou non des poi- « sons spéciaux à la grossesse, il reste un fait cer- « tain : il existe une auto-intoxication normale, « plus accentuée pendant la grossesse qu'en dehors « d'elle. »

Que deviennent donc ces poisons et comment

l'organisme s'en débarrasse-t-il ? Il s'en débarrasse par deux procédés, la destruction et l'élimination : la première de ces fonctions est remplie par différents organes : l'intestin, la rate, les ganglions lymphatiques, les capsules surrénales, le corps thyroïde, mais surtout et avant tout par le foie. La seconde est remplie par les organes éliminateurs : intestin, peau, poumons et surtout le rein.

Il semble que vis-à-vis de la surproduction de matières toxiques inhérente à la période de gestation, l'organisme maternel ait surtout recours au foie pour se défendre contre l'intoxication. Cet organe, en effet, grâce à la quantité de glycogène qu'il emmagasine pendant la gestation pour être à même de pourvoir à la surproduction de glycose qu'exige la lactation, devient un merveilleux destructeur de toxines. C'est donc lui qui, lorsque « la symbiose harmonique » est parfaite, se charge de tout, et les reins ne voient pas leur fatigue augmentée au moins dans des proportions notables.

Mais que sous une influence quelconque le foie vienne à faiblir, alors les toxines n'ont plus qu'un moyen de s'éliminer, c'est le filtre rénal. Mais le rein, remplissant un rôle pour lequel il n'est pas adapté, ne tarde pas généralement à traduire sa fatigue par la présence d'albumine dans les urines. Si la fatigue augmente encore, si on n'a pas eu soin de réduire au minimum la quantité de toxines qui circulent dans l'organisme, par le régime lacté, on voit le rein se refuser à laisser passer les produits toxiques, l'hy-

pertoxicité urinaire fait place à l'hy potoxicité, ce qui est d'un si mauvais pronostic, et on assiste à l'éclosion des accidents convulsifs.

Nous pouvons donc conclure, en premier lieu, que si la grossesse est l'occasion d'une surproduction dans l'organisme de matières toxiques, ce qui ne semble pas douteux, le rein n'a pas à en souffrir. puisque le rôle antitoxique est réservé au foie, lequel, grâce au glycogène emmagasiné, est remarquablement armé.

Nous pouvons conclure en second lieu que, grâce à l'hypertrophie compensatrice, l'élimination se fait presque dans d'aussi bonnes conditions chez le sujet néphrectomisé que chez le sujet normal.

Il nous reste maintenant à voir quelle est l'opinion de tous ceux qui ont eu l'occasion d'observer des grossesses après néphrectomie et qui ont communiqué le résultat de leurs observations.

Historique

Le 9 mai 1904, MM. Legueu, Lepage et Couvelaire présentaient à la Société d'Obstétrique une observation ayant pour titre : *Femme atteinte d'un phlegmon périnéphrétique gauche pendant la puerpéralité. — Incision. — Fistule persistante. — Néphrectomie au cours d'une seconde grossesse.* Cette observation que je n'ai point relatée, car elle ne se rapporte pas directement à mon sujet, montrait qu'une femme ayant subi une néphrectomie pendant sa grossesse, vers le troisième mois, avait pu mener cette grossesse à terme et donner le jour à un enfant de 3.530 grammes.

Cinq ans après, le 14 juin 1909, M. le professeur Pinard présentait à la même Société, pour la première fois, une observation de grossesse après néphrectomie (obs. I). Au cours de la discussion qui suivit, MM. Routier, Hartmann, Siredey vinrent apporter des observations personnelles (obs. VI à X) qui toutes tendaient à la même conclusion

qu'une femme néphrectomisée peut très bien mener une grossesse à terme et accoucher d'un bel enfant sans le moindre accident.

M. Hartmann pense qu'on ne doit pas « être trop « sévère pour l'autorisation à donner au mariage « chez les jeunes filles ayant subi une intervention « opératoire sur le rein, même lorsqu'il s'agit de « lésions tuberculeuses.

« Personnellement, dit-il, si la jeune fille jouit « d'une santé générale parfaite, si l'urine est claire, « je demande qu'on fasse avec cette urine une ino- « culation à des cobayes, autorisant le mariage « dans le cas où le résultat de l'inoculation reste « négatif. »

La même année, c'est-à-dire en 1909, M. Raffin publiait dans l'*Association Française d'urologie* un travail sur l'avenir des néphrectomisées. Arrivé au chapitre de la grossesse chez ces opérées, il conclut, en s'appuyant sur cinq observations qu'on pourra retrouver plus loin (obs. XI à XV) que la grossesse n'a pas d'influence fâcheuse sur l'état général et local des opérées, et que les enfants qui naissent d'elles se trouvent dans des conditions de santé et de viabilité suffisantes.

On peut donc les autoriser à se marier pourvu que « la guérison soit bien établie par l'amélioration « de l'état général, la clarification des urines, la « disparition des symptômes vésicaux et l'absence « du bacille de Koch établie par des inoculations « répétées. »

Raffin ajoute qu'il faut aussi rechercher l'albumine dans les urines, étant donné que quelquefois le rein qui reste est atteint de néphrite dont la gravité est du reste variable.

C'est encore en 1909, le 27 novembre, que Basso présente à la Société toscane d'obstétrique et de gynécologie, l'observation que nous citons plus loin (obs. XVI) *in extenso*, puis il ajoute que cette observation démontre qu'un rein, quand l'autre est lésé, se prépare à un travail nouveau par un processus d'hypertrophie, et que lorsque, ensuite, le rein lésé l'est au point de ne presque plus ou même ne plus fonctionner, ou bien est enlevé par un acte chirurgical, le rein sain peut, dans les conditions normales, suppléer à lui seul avec un bon résultat, à l'usage des deux reins.

La proposition de Houg Fergusson : n'autoriser le mariage pour la femme néphrectomisée que trois ans après l'opération, afin que le rein restant ait eu le temps de s'adapter au double travail qu'il aura à accomplir, est prudente, mais n'est pas toujours justifiée. Beaucoup de cas dans la littérature, et aussi le nôtre, démontrent que cette prudence est peut-être excessive.

Notre malade, dit Basso (et nous n'hésitons pas à le reproduire, car cette observation est particulièrement intéressante) était devenue enceinte déjà cinq mois après l'opération et avait eu une grossesse à évolution régulière jusqu'au huitième mois, avec seulement un peu d'albumine et une diminution de

l'urée, phénomènes qui guérirent rapidement avec une diète lactée opportune. Elle avait mis au monde à terme un enfant vivant et bien portant de 3.100 grammes sans incidents particuliers. Ses suites de couches avaient été normales tant au point de vue génital que pour les caractères de l'urine. Elle était sortie de la clinique en excellente condition avec son enfant qu'elle nourrissait. (Le cas a été rapporté par Cova.)

Devenue de nouveau enceinte deux ans plus tard, cette fois encore la grossesse, au dire du médecin traitant interrogé à ce sujet, eut un cours physiologique, sauf dans le dernier mois où apparurent des traces d'albumine dans l'urine qui disparurent par le repos au lit et la diète lactée. Elle accoucha à terme d'un enfant vivant et bien conformé qu'elle allaita régulièrement.

Finalement, devenue enceinte pour la troisième fois depuis l'opération, la malade avait eu une grossesse, à son dire, vraiment bonne.

Le médecin, connaissant le passé de sa cliente, avait eu soin d'examiner les urines durant toute la grossesse sans noter rien de particulier avant la deuxième quinzaine du neuvième mois, où une petite quantité d'albumine apparue, avait disparu avec le régime lacté. La malade n'avait jamais eu ni céphalée, ni vomissement, ni trouble de la vue, ni œdème.

La longueur du travail était en rapport avec la présentation anormale du fœtus et c'est certaine-

ment cette longueur qui a contribué à aggraver la difficulté de fonctionnement du rein. On rencontrait, comme je l'ai écrit plus haut, de l'oligurie, de l'albuminurie (faible), de l'hématurie, une diminution du taux de l'urée, la pression artérielle était à 210 millimètres Hg.

Après l'intervention obstétricale, en peu de jours, tout était redevenu normal et la malade quittait l'hôpital en bonnes conditions avec sa fille qu'elle allaitait. Cette femme, par conséquent, avait eu après sa néphrectomie trois grossesses à terme, régulières, avec des accouchements normaux (sauf le dernier) et des suites de couches physiologiques avec des troubles légers et de brève durée de la fonction rénale.

Cependant, une grossesse survenant chez une femme néphrectomisée doit conseiller au médecin *un contrôle régulier du fonctionnement du rein ;* et il me semble que l'idée de Fergusson : tenir compte de la quantité d'urée, doit avoir une importance notable pour l'examen de ce fonctionnement.

Cova, qui avait publié un travail dans la revue *Annali di obstetrica et gynecologia*, 1903, page 692, où il citait deux observations (obs. VII et VIII, thèse de Germain), publiait en août 1909 une nouvelle observation (obs. XVIII) qui paraît en contradiction avec ses conclusions antérieures sur le bon fonctionnement d'un rein unique, surtout après néphrectomie, même dans le cas de grossesse. Mais dans ce travail antérieur, il avait mis en évidence la

nécessité d'une surveillance médicale minutieuse pour la femme enceinte néphrectomisée, afin de pouvoir mettre en œuvre les moyens médicaux ou obstétricaux qui pouvaient s'imposer.

Or la malade en question s'était complètement soustraite à cette surveillance qu'il juge indispensable, bien que l'unique rein eût déjà donné des preuves d'insuffisance fonctionnelle (avortement et accouchement prématuré). Paysanne peu intelligente et qui n'avait pas même une idée exacte de l'opération subie (seule l'autopsie démontra la réalité de la néphrectomie), ignorant les dangers auxquels elle s'exposait, elle avait eu, en outre, des grossesses répétées et nombreuses, aggravant chaque fois son état.

Le cas servirait donc plutôt à prouver la nécessité d'une surveillance médicale soigneuse.

Spencer Sheill et Houg Fergusson (en mars et juin 1907, in *J. of. obst.*) croient très dangereuse la grossesse après néphrectomie. Celui-ci est d'avis qu'en pareil cas le mariage doit être différé jusqu'après la ménopause. Le premier a cru pouvoir stériliser sa malade après la troisième grossesse, terminée prématurément à la suite de symptômes d'intoxication; tous les deux pensent que trois ou quatre ans sont indispensables pour qu'ait le temps de se produire l'hypertrophie compensatrice du rein restant.

Marion B. Andrews est d'avis que, si sa malade a si bien toléré ses cinq grossesses si rapprochées

(en cinq ans), cela tient à ce que le rein enlevé devait ne plus fonctionner déjà un certain temps avant l'opération. Il s'agissait d'un rein mobile avec hydronéphrose que le chirurgien n'avait pas eu d'abord l'intention d'enlever, mais qui saignait si facilement et qui était si friable, qu'il finit par s'y résoudre.

Enfin, en 1909, Germain soutenait devant la Faculté de Médecine de Paris une thèse où, se basant sur 34 observations, il arrivait à la conclusion suivaante : « La grossesse est permise aux femmes néphrectomisées, le rein qui reste assure, par son hypertrophie, une dépuration urinaire suffisante ».

En somme, comme on le voit d'après ce rapide exposé, les conclusions des auteurs, sauf celles des auteurs anglais, et nous nous en expliquons difficilement la raison, sont favorables aux femmes enceintes néphrectomisées. Tous ou à peu près permettent le mariage à condition qu'on se soit assuré, au préalable, de l'état du rein qui reste et que le médecin surveille attentivement la grossesse durant toute son évolution.

Et maintenant voici les observations que nous avons pu recueillir, comme on pourra s'en rendre compte, la conclusion qui s'impose après les avoir parcouru, c'est que la néphrectomie n'est pas une contre-indication à la grossesse et que les accidents graves sont excessivement rares chez les néphrectomisées au cours de leurs grossesses.

Observations

Observation I

Baudelocque. — *Communiquée à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, par M. le Professeur Pinard, en juin 1909.*

T. G..., 30 ans, ménagère, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque, le 9 novembre 1907, à 10 h. 30 du matin.

T. G... est une primipare à antécédents héréditaires et collatéraux excellents. Sa mère est en bonne santé ; son père mourut à 80 ans. Ses deux frères et ses trois sœurs sont vivants et en parfait état.

Réglée à 13 ans et régulièrement, T. G... a ses premiers rapports à 22 ans.

En juin 1905, âgée alors de 28 ans, T. G... est atteinte de pyonéphrose. Elle entre dans le service de M. Segond, à la Salpêtrière. Une néphrectomie jugée nécessaire est pratiquée en juillet. Voici du reste les détails de l'observation communiquée par M. Segond.

« L'examen de l'appareil urinaire pratiqué par le Dr Luys fournit les résultats suivants :

« La séparation des urines donne : à droite, pas une goutte d'urine ; à gauche, urine limpide et abondante.

« Il s'agissait donc d'une oblitération de l'uretère droit.

« Pour confirmer ce diagnostic, le Dr Luys pratique, le 24 juin 1905, le cathétérisme de l'uretère droit avec son cytoscope à vision directe. On peut bien pénétrer dans l'orifice de l'uretère ; mais la sonde, après avoir franchi un centimètre de trajet, est arrêtée et ne peut progresser plus loin ; l'uretère droit était donc certainement oblitéré.

« Le 1er juillet 1905, le professeur Segond pratique une néphrectomie droite et résèque l'uretère jusqu'à environ un ou deux travers de doigt de sa terminaison dans la vessie : en ce point se trouve la coudure qui empêchait la pénétration de la sonde.

« La plaie se ferma par première intention et la malade reprit son travail après un séjour d'environ huit mois à l'hôpital.

« Quelque temps après sa sortie apparaît une fistule lombaire, et, en juin 1907, la malade se présente à l'hôpital souffrant considérablement du côté opéré ; la fistule suppurait peu, mais l'état général était mauvais (fièvre, amaigrissement très notable).

« On dilate alors le trajet de la fistule avec une laminaire ; plus tard le trajet ayant tendance à se fermer et la malade souffrant davantage, une nouvelle laminaire est mise. Depuis la suppuration n'a cessé d'augmenter ; mais les douleurs ont disparu.

« La malade étant enceinte en juin 1907, on remet à plus tard l'intervention que l'on devait pratiquer en vue de guérir la fistule.

« *Examen du rein enlevé.* — Tuberculose rénale. Rein peu augmenté de volume, sans adhérences, pesant 180 grammes. A la surface il est lisse sans bosselures. Sur une coupe médiane, on découvre sept foyers de ramollissement, d'un diamètre de deux à quatre centimètres, remplis d'une bouillie

verdâtre. Ces foyers communiquent avec le bassinet par des traînées de ramollissement. Le bassinet renferme lui-même un peu de matière caséeuse ; il est épaissi et sclérosé.

« Sur les coupes histologiques, aspect banal de tuberculose avec bacilles. Les parties intermédiaires aux foyers, dans ce rein, sont entièrement saines. »

Donc T. G..., opérée de néphrectomie le 12 juillet 1905, sortie de l'hôpital huit mois après son opération, en février 1906, présente au début de 1907 une fistule lombaire. Et c'est en juin 1907, lorsqu'elle vient réclamer du professeur Segond le traitement de cette fistule, que l'on constate qu'elle est enceinte.

La grossesse est de trois mois environ, les dernières règles datant du 1er au 8 mars. La constatation de l'état de grossesse fait reporter l'intervention sanglante à une époque ultérieure après l'accouchement.

La grossesse évolue normalement. T. G..., du reste, se fatigue peu et ne vaque qu'à ses occupations ménagères. Malheureusement un rapport sexuel, le 8 novembre au soir, est suivi quelques heures après de contractions utérines prématurées : la grossesse n'est alors âgée que de 8 mois.

C'est peu après le début du travail que T. G... se présente à la clinique Baudelocque, le 9 novembre 1907, à 10 h. 30 du matin. La hauteur utérine est de 31 centimètres ; la dilatation égale deux francs ; la poche des eaux vient de se rompre précocement. Le fœtus se présente par le sommet en position gauche, variété A. Les bruits du cœur sont bons. Le liquide amniotique est opalescent. Les urines ne renferment pas d'albumine.

L'accouchement s'effectue normalement. Après 5 à 6 heures de travail, T. G... expulse spontanément une fille vivante, devant l'état relatif de sa faiblesse, on conclut à la prématuration : elle pèse 2.630 grammes. La délivrance est naturelle. Le placenta pèse 400 grammes, il s'insérait à

8 centimètres de l'orifice uterin ainsi qu'on s'en rend compte à la mensuration des membranes (29/6).

En dehors d'une elevation de temperature à 37°6 le 4e jour, avec pouls à 84, les suites de couches furent normales.

Chaque jour la fistule qui suppurait fut pansée avec soin.

T. G... allaita son enfant, et, lorsqu'elle quitta la clinique, en parfait état, le 12e jour après l'accouchement, l'enfant qui, le 3e jour, ne pesait plus que 2.350 grammes, avait déjà repris 220 grammes (poids : 2.570 grammes).

Quelques jours après son exeat, T. G... se rendit dans le service du professeur Segond pour subir la cure radicale de sa fistule. Mais M. Segond constatant une amélioration très notable, crut possible une oblitération spontanée du trajet et conseilla d'attendre encore.

Les prévisions de M. Segond se réalisèrent et un mois et demi après l'accouchement, la fistule s'oblitérait spontanément.

T. G... continuait toujours l'allaitement de son enfant : elle le continua jusqu'au 15e mois, n'éprouvant de temps à autre qu'un peu de fatigue.

C'est au cours de cet allaitement que la perception de mouvements actifs lui revela l'existence d'une nouvelle grossesse que ne pouvait lui signaler une disparition de règles. En effet, T. G.... s'etait montrée d'emblée nourrice parfaite : ses règles n'avaient pas reparu depuis l'accouchement.

La deuxième grossesse évolua sans incidents. Plusieurs examens d'urine faits dans le service de M. Segond ne permirent pas de déceler de l'albumine. Et lorsque T. G... se presenta à la clinique, le 25 mai 1909 à 7 heures du matin, ayant des contractions utérines douloureuses depuis la veille au soir à 6 heures, tout dans son examen fit porter un pronostic favorable quant à l'accouchement.

En effet, le fœtus se présentait par le sommet, position gauche, variété antérieure. La hauteur utérine était de 32 centimètres ; la dilatation égalait cinq francs ; la poche

des eaux était intacte, l'auscultation fœtale positive. A 9 h. 45 du matin, la dilatation était complète. On rompit la poche membraneuse et 15 minutes plus tard, après une durée totale du travail d'environ 16 heures, T. G... expulsait spontanément un garçon vivant pesant 2.720 grammes. La délivrance naturelle fut pratiquée une demi-heure après l'expulsion fœtale. Le placenta pesait 420 grammes et était inséré à 9 centimètres de l'orifice utérin (membranes : 23/9).

Le facies de la femme est pâle. Mais T. G... est une Espagnole à teint mat chez laquelle la pâleur ne saurait donc avoir de signification pathologique. Son état général ne s'est pas modifié pendant le cours de la grossesse. L'auscultation pulmonaire ne révèle rien d'anormal, si ce n'est une diminution du murmure vésiculaire au sommet droit, en avant. La température et le pouls sont normaux. Aussi, sous bénéfice d'une surveillance rigoureuse de cette température et du pouls, M. Pinard accorde-t-il à T. G..., qui le demande, l'heureuse permission de donner le sein à son enfant.

T. G... quitte le service en bon état 11 jours après l'accouchement. Son enfant, qui a diminué de poids jusqu'au 7e jour, augmente à dater de ce jour. Il pèse 2.520 grammes à la sortie.

Observation II

M. Pinard. — *Communiquée à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie le 24 juin 1909.*

En 1904 vint accoucher, dans mon service, une femme qui présentait une petite fistule résultant d'une néphrectomie pratiquée par le professeur Guyon. Cette femme qui n'avait qu'un rein eut une grossesse qui évolua dans des conditions normales ; elle allaita son enfant pendant les premiers jours mais je ne sais pas ce qu'elle est devenue.

Observation III

Clinique Baudelocque (mars 1910). — Observation 504.

Primipare, 30 ans, couturière, ayant eu ses dernières règles du 10 au 16 juin. Elle entre au dortoir de la clinique le 20 mars 1910.

A son entrée, on constate que son fœtus se présente par le sommet en position gauche variété antérieure. L'auscultation est bonne.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de bien intéressant. Sa mère est morte à 43 ans de congestion pulmonaire, son père a 64 ans et se porte bien ainsi que ses deux frères.

Elle a été réglée à 15 ans et a eu ses premiers rapports à 17 ans 1/2.

Si on l'interroge sur ses antécédents pathologiques, on apprend qu'il y a quatre ans, elle aurait subi à Lariboisière un curetage (?) pour métrite (?) se traduisant par une leucorrhée très abondante. La femme sort de l'hôpital guérie et cette guérison persiste jusqu'en mars 1908.

A cette époque (mars 1908) elle aurait eu des phénomènes de cystite (mictions fréquentes et douloureuses) diagnostiquée par un médecin de ville. Elle entre à Lariboisière (service du Dr Marion) en juillet 1908

Pendant un mois elle est soumise aux instillations de NO^3Hg qui n'apportent à son état aucune amélioration. A ce moment apparaît de la fièvre. Température vespérale 39°7-39°8 avec rémission matinale de 2° environ. En même temps, douleurs vésicales intenses. Pus abondant dans les urines.

La malade est mise en observation pendant un mois (régime lacté exclusif, glace sur le ventre). A partir de ce moment, douleurs dans le flanc droit. Le diagnostic est hésitant.

mais en raison de la persistance des symptômes on fait une *néphrotomie* qui donne issue à une quantité considérable de pus. On laisse un drain à demeure pendant deux mois.

Mais la fièvre ne diminue pas notablement et au bout du deuxième mois on se décide à pratiquer une *néphrectomie* (novembre 1908). Le rein enlevé contient de nombreuses cavernes purulentes et présente tous les caractères de la pyélonéphrite tuberculeuse.

La douleur disparaît aussitôt après ainsi que la température. Jusqu'à sa sortie de Lariboisière (avril 1909), on lui fait des instillations au nitrate d'argent.

Actuellement la malade éprouve toujours des douleurs vésicales avec brûlure à la miction et pollakiurie.

La femme entre en travail le 24 mars à 10 heures du matin, la dilatation est complète le même jour à 9 h. 20 du soir et elle accouche après une période d'expulsion d'une heure dix d'un enfant du sexe marculin de 2380 grammes.

Les suites de couche ont été parfaites, jamais la température de la femme n'a dépassé 36°8 pendant les 10 jours qu'elle est restée à la clinique.

L'enfant à sa sortie avait dépassé son poids initial puisqu'il pesait 2390 grammes.

Observations IV et V

Observations communiquées par le professeur Donnet de l'Ecole de Médecine de Limoges.

Premier Cas

Femme de 29 ans, entrée à l'hôpital de Limoges, salle Sainte-Marguerite, lit n° 13, le 29 janvier 1906.

Cette malade, dont le père et la mère sont vivants et bien portants, n'a pas d'antécédents pathologiques. Réglée régu-

lièrement depuis l'âge de 13 ans, elle s'est mariée à 20 ans, et a eu 4 grossesses normâles s'étant terminées à terme par l'expulsion spontanée d'enfants actuellement vivants et bien portants.

A la suite de son dernier accouchement elle a commencé à souffrir de l'hypogastre au niveau de la vessie, les mictions sont devenues très fréquentes et très douloureuses et l'urine n'a pas tardé à devenir purulente.

Au moment de son entrée dans le service l'urine contient du pus et du sang en notable quantité.

Le rein droit volumineux est un peu douloureux à la pression.

Le rein gauche très facilement abordable est notablement abaissé et augmente de volume : il est très douloureux à la pression.

Examen des urines après division intra-vésicale, le diviseur étant maintenu 40 minutes.

Le rein droit a fourni 7 fois plus d'urine que le gauche : cette urine contenait 6 grammes d'urée par litre (urine louche, légèrement sanguinolente).

L'urine du rein gauche, très peu abondante, ne renferme que des traces d'urée indosables ; elle est plus sanguinolente que celle du côté droit.

Ce rein paraît à peu près complètement supprimé au point de vue fonctionnel.

La vessie est dure, rétractée, très douloureuse à la pression, sa capacité est notablemnet réduite.

Le 12 février, néphrectomie par la voie lombaire.

Le rein enlevé offre tous les caractères de la pyélonéphrite tuberculeuse : tout le tissu propre a été détruit par la tuberculose.

Le 15, la quantité d'urine émise dans les 24 heures est à peu près normale.

La malade quitte le service le 31 mars ; elle conserve une fistule purulente qui met plusieurs mois à se refermer.

Cette femme devient de nouveau enceinte en 1908, sa grossesse évolue sans incident et elle accouche à terme d'un gros enfant très vigoureux mais qui n'a pas été pesé.

Deuxième Cas

Cette malade, âgée de 24 ans, qui ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou pathologiques est devenue enceinte six fois et ses grossesses se sont terminées par l'expulsion à terme d'enfants actuellement vivants et bien portants. Un mois après son sixième accouchement elle rentre à la salle de gynécologie, le 30 janvier 1906, elle était atteinte de pelvi-péritonite ; elle sort guérie le 10 mars.

Elle entre de nouveau dans le service le 24 avril : elle souffre de la région rénale droite et a du pus dans les urines.

La division des urines montre que le rein droit est fonctionnellement supprimé. On pratique alors la néphrectomie et la malade sort guérie au bout d'un mois.

Elle devient enceinte pour la septième fois en novembre 1906 et ne tarde pas à présenter des vomissements et de l'albuminurie dans les urines, puis apparaissent de petites hémorragies fréquentes mais peu abondantes qui durent jusqu'à l'expulsion d'un fœtus mort 5 mois environ après ses dernières règles le 29 mars 1907.

Observation VI

M. Siredey. — *Communiquée à la Société d'Obstétrique, de Gynérologie et de Pédiatrie de Paris, en juin 1909.*

Il s'agit d'une jeune fille que je vis pour la première fois au mois de décembre 1897. Elle avait eu, deux ans aupara-

ravant, des hématuries qui s'étaient renouvelées irrégulièrement à de longs intervalles, puis étaient survenues des douleurs dans le flanc gauche, exagérées par la pression des vêtements, par le palper, par les secousses de la voiture, et quelques mois plus tard apparaissait à gauche et un peu au-dessus de l'ombilic une tumeur appréciable pour la malade elle même.

Cette jeune fille avait presque chaque soir un peu de fièvre, la température dépassant 38°, et les urines laissaient un dépôt d'abondance variable dans lequel des examens microscopiques répétés n'avaient pas permis de découvrir des bacilles de Koch.

Un de nos maîtres, le professeur X..., qui avait vu la malade lors de ses premières hématuries, avait conseillé une saison à Contrexéville, et un traitement diurétique ultérieur. Il n'en résulta aucune modification appréciable.

La tumeur était bien manifestement constituée par le rein gauche abaissé et sensiblement augmenté de volume. Malgré l'absence de lésions tuberculeuses dans les poumons et dans l'abdomen, malgré le résultat négatif des examens bactériologiques, le diagnostic de tuberculose rénale s'imposait dès ce moment. Il fut confirmé successivement par MM. Albarran, Walther et Tuffier auxquels je fis voir la malade. Ils conseillèrent tous la néphrectomie.

Elle fut pratiquée au mois de mars 1898. M. Tuffier enleva un rein énorme et *farci de cavernes tuberculeuses.* Les suites de l'opération furent excellentes, et moins d'un mois après, la jeune fille quittait la maison de santé sans autre incident qu'une suppuration légère et superficielle au niveau d'un point de suture, qui guérit complètement en quelques jours. La santé est restée excellente depuis cette époque. La malade avait maigri avant l'opération, elle reprit de l'embonpoint, des couleurs, et elle n'a pas éprouvé jusqu'ici le plus petit accident.

Au printemps de 1902, c'est-à-dire 4 ans après l'opération,

je fus consulté sur l'opportunité d'un mariage, j'avoue que cette question me préoccupa vivement, je fis des réserves, les unes basées sur la nature de la maladie, sur les craintes de récidive en quelque autre endroit, les autres sur les risques résultant d'un rein unique, qui exposerait peut-être davantage à l'éclampsie, en cas de grossesse, et sans interdire formellement le mariage, je laissais voir quelques craintes à ce sujet.

Le mariage fut décidé, il eut lieu en août 1902. Seize mois plus tard cette jeune femme devint enceinte. La grossesse évolua normalement et l'accouchement se fit sans incident, au mois de septembre 1904. Elle eut une petite fille qui fut élevée au biberon, sa croissance s'est faite normalement. La mère et l'enfant sont actuellement en parfaite santé.

Observations VII a IX

M. Hartmann. — *Communiquées à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris (juin 1909).*

Premier Cas

L'auteur autorise en 1903 le mariage d'une jeune fille néphrectomisée en 1902 pour tuberculose rénale par Israël. En janvier 1904, elle accouchait à terme, sans incident, d'un enfant actuellement encore bien portant. En 1906, elle menait de même, sans le moindre incident, une deuxième grossesse à terme ; ce deuxième enfant est aussi très bien portant ; cette année elle est enceinte pour la troisième fois et tout continue à bien aller.

Deuxième Cas

Le 28 janvier 1894, M. Hartmann pratique la néphrectomie lombaire sur une femme de 34 ans qui lui était adressée

par le Dr Roux pour une tuberculose caverneuse du rein droit.

La malade guérit et mena sans incident une grossesse à terme en 1896. L'enfant vécut.

En octobre 1902, la malade, qui n'avait jamais éprouvé d'accidents rénaux, ni pendant, ni en dehors de la grossesse, succomba à une insuffisance mitrale avec foie cardiaque.

A l'autopsie faite à l'hôpital Lariboisière, le rein gauche était sain.

Troisième Cas

Le 3 août 1904, l'auteur pratique la néphrectomie lombaire gauche chez une malade de 24 ans qu'il avait néphrotomisée le 29 février 1904 pour une pyonéphrose. Le rein contenait des cavernes multiples dans les parois desquelles M. Lecène trouva des lésions tuberculeuses.

Actuellement (14 juin 1909) cette malade est enceinte de 7 mois et demi, la grossesse se passe sans le moindre incident, les urines sont claires et ne contiennent pas trace d'albumine.

Observation X

M. Routier. — *Communiquée à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, le 14 juin 1909.*

L'auteur rapporte l'observation d'une jeune fille de 16 ou 17 ans chez laquelle il a pratiqué, il y a 8 ans, pour un gros rein énorme. Il a appris il y a peu de temps qu'elle s'était mariée et qu'elle avait eu un enfant dans de bonnes conditions. Il croit bien qu'elle est tuberculeuse.

Observations XI a XV

Raffin. — (*Association française d'Urologie, 1909, p. 528, l'avenir des néphrectomisées*).

Premier Cas

Néphrectomisée le 11 novembre 1901. Un enfant fin 1905 qui va actuellement bien. L'inoculation de l'urine faite récemment a été négative.

Deuxième Cas

Néphrectomisée le 27 juin 1903. Un enfant en novembre 1904, mort de méningite à 15 mois, un deuxième enfant en janvier 1907, actuellement bien portant, inoculation récente de l'urine, négative.

Troisième Cas

Néphrectomie le 23 août 1904, Un enfant en juillet 1906 actuellement bien portant, mais atteint de prurigo. Inoculation récente de l'urine, négative.

Quatrième Cas

Néphrectomie le 18 janvier 1904. A eu trois enfants âgés de 3 ans 1/2, 2 ans et un troisième mort à un mois de coqueluche épidémique. Un peu d albumine dans l urine, troubles vésicaux assez intenses. Inoculation récente de l'urine, négative.

Cinquième Cas

Mme X... Néphrotomie en juin 1895 (il y a 14 ans), pouvant être assimilée à une néphrectomie. A eu trois enfants. L'un, quelques mois avant l'opération, est mort à deux mois et demi. Le deuxième, ily a 9 ans, est mort à neuf mois d'affection indéterminée, mais à laquelle la syphilis paternelle ne fut peut être pas étrangère. La troisième, âgée de 6 ans, est bien portante. Une inoculation récente de l'urine faite 14 ans après l'opération atteste la persistance de la guérison.

Observation XVI

G. L. Basso. — *Société Toscane d Obstétrique et de Gynécologie, 27 novembre 1909.*

Judith O..., 42 ans, entre à la clinique obstétricale et gynécologique le 27 septembre 1909 à 3 heures après midi. Rien à noter dans ses antécédents familiaux.

Elle a été atteinte de néphrite à 32 ans. Elle a subi d'abord une néphrotomie, puis une néphrectomie droite pour lithiase rénale. Réglée régulièrement à 16 ans elle eût ensuite des règles irrégulières avec de fréquentes périodes d'aménorrhée.

Elle a eu sept grossesses dont un avortement de six mois. Tous les accouchements et avortement furent spontanés, les suites de couches apyritiques. Ses six enfants sont vivants et très bien portants. Elle les a nourris elle-même.

Deux grossesses ont eu lieu après la néphrectomie et sont terminées par des accouchements à terme.

Les dernières règles pour la grossesse actuelle datent de la fin de janvier : les troubles sympathiques n'ont rien eu

d'exagéré : les mouvements ont été perçus au quatrième mois. La parturiente n'a souffert d'aucune maladie ni désordre particulier.

A son entrée à la clinique, nous apprenons par le médecin et la sage-femme qui l'acouchent qu'elle est en travail depuis huit heures du matin et que les membranes se sont rompues la veille (26 septembre) avec issue d'une grande quantité de liquide amniotique. Le médecin voyant que l'accouchement ne se terminait pas, malgré que les contractions utérines fussent énergiques n'a pas voulu en assumer la responsabilité et a envoyé la femme à la clinique.

A l'inspection la femme présente une cicatrice irrégulière à la région lombaire droite. L'utérus est fortement dévié vers la droite. Au palper, on constate que l'utérus a le volume d'une grossesse à terme ; l'extrémité céphalique est en bas, dans l'excavation, avec le plan dorsal à gauche et les petites parties en haut et à droite.

Au toucher, on trouve le col effacé, une dilatation de 3 centimètres, la poche des eaux est rompue, la présentation céphalique, peu mobile, à la partie haute de l'excavation. Les battements du cœur fœtal sont réguliers, la densité de l'urine est de 1014 avec une réaction légèrement alcaline, un aspect trouble, une couleur jaune. Pas de sucre, pas de pigments biliaires, pas d'acétone, mais une légère quantité d'albumine. Dans le sédiment, globules rouges abondants, leucocytes en nombre faible, rares cellules vésicales et éléments des bassinets. L'urée de l'urine est avant l'accouchement de 7,28 0/00, après l'accouchement de 7,02 0/00.

La pression artérielle est à 210 millimètres Hg. La respiration à 22, le pouls à 72, la température 36°9.

Dans la journée, les contractions sont énergiques et se succèdent à intervalles rapprochés.

La femme se plaint outre mesure par suite du tiraillement de la cicatrice abdominale extra-médiane droite. Par le

cathétérisme, on ne réussit à extraire que quelques centimètres cubes d'urine avec du sang.

Au toucher on sent que la dilatation est de 8 centimètres, que les bords du col utérin sont plutôt rigides, et que le fœtus est en présentation du front, position D P.

Etant donnés le temps écoulé depuis la rupture des membranes, la présentation et surtout l'oligurie et l'albuminurie, s'aggravant par la longueur du travail, et comme il s'agit d'une femme avec un seul rein, on juge nécessaire de ne pas attendre plus longtemps et de délivrer la femme avec le forceps. On l'applique donc et on extrait facilement un enfant du sexe féminin, légèrement asphyxique, très vite ranimé, du poids de 3.410 grammes et mesurant 51 centimètres.

Délivrance spontanée complète 15 minutes après. Les annexes ne présentent aucune altération macroscopique, elles sont seulement teintées de méconium. Le cordon a une insertion vélamenteuse

Suites de couches apyrétique . Température maximum 36°8, pouls 70-80.

Après l'accouchement, le taux des urines se relève graduellement jusqu'à environ 2 litres dans les 24 heures, et parallèlement augmente la quantité d'urée, jusqu'à 15,34 0/0.

Le cinquième jour, l'albumine va en diminuant progressivement et disparaît complètement le huitième jour. La pression artérielle revient à la normale et atteint 150 millimètres de Hg. La femme sort en bon état général le 7 octobre avec son enfant qu'elle nourrit.

Observation XVII

Marion B. Andrews. — *Journal of obstetrics and gynœcology of the British Empire*, octobre 1909, p. 249.

Mme E. S..., femme délicate, petite, âgée de 32 ans, vient

voir l'auteur à l'hôpital en avril 1907, se plaignant d'une douleur dans le dos depuis environ une semaine.

Quatre ans avant, son rein droit a été enlevé, alors qu'elle était enceinte de 4 mois et pour la cinquième fois. Elle alla à terme et eut 3 grossesses ultérieures sans aucun trouble durant la gestation ni durant les suites de couches. Elle est, au moment de l'examen, enceinte de 7 mois.

L'examen révéla l'existence d'une tumeur kystique droite, de la dimension d'une tête de fœtus. L'urine était rare, mais ne contenait pas de traces d'albumine. Quelques jours plus tard, des vomissements étant apparus, la malade fut ovariotomisée : il s'agissait d'un kyste unicolulaire, sans torsion du pédicule ni symptômes de péritonite. Elle accoucha trois jours après, d'un enfant petit, mais normalement développé.

Cette femme est redevenue enceinte 5 mois après et est accouchée un an après son ovariotomie. Durant cette nouvelle grossesse, l'urine a été examinée à différentes reprises, sans qu'on ait jamais trouvé d'albumine.

Observation XVIII.

E. Cova. — *Archivio italiano di ginecologia*, août 1909, page 260.

La malade, âgée de 39 ans, se trouve au huitième mois de sa grossesse et souffre d'une néphrite. Il est intéressant de noter que cette femme a été opérée, voici plusieurs années, de néphrectomie pour tuberculose. Depuis cette époque elle a eu 12 grossesses, dont 5 ont été interrompues par un avortement, 3 sont allées jusqu'à 7 mois et 4 à terme, avec des enfants vivants. Un de ceux ci cependant, qui se présentait par l'épaule, est mort pendant le travail. Durant la grossesse actuelle, la malade a eu une pleurésie, et sa néphrite ancienne s'est réveillée. Pendant quelques jours de repos dans un

padiglione médical, elle est venue à la clinique, où elle est accouchée, le jour même, spontanément, d'un enfant mort avant terme. La quantité de liquide amniotique était notablement supérieure à la normale.

Pendant les suites de couches, l'état de la malade s'est aggravé ; l'urine contenait 1 gr. 5 d'albumine. Elle a fini par succomber au bout de deux jours. A l'autopsie, on a trouvé dans le rein unique les lésions caractéristiques d'une néphrite chronique, nouvellement récidivée. Le cœur présentait une hypertrophie notable du ventricule gauche.

Observation XIX

Sheill Spencer. — *Journal of obstetrics and gynæcology of the British Empire*, 1907, vol. n° 6.

Néphrectomie pour tuberculose rénale en 1900. Quatre ans plus tard, la malade se marie et devient immédiatement enceinte. Au sixième mois de sa grossesse (mars 1905), elle est prise de 6 accès éclamptiques. Mort du fœtus. Etant données l'albuminurie grave et l'oligurie, on provoque le travail. Suites de couches normales.

En août 1905, la malade est de nouveau enceinte de 3 mois. Les urines contiennent de l'albumine ; l'excrétion de l'urée dans les 24 heures est réduite. Œdème des membres inférieurs. En décembre, les urines précipitent par l'ébullition et toutfparticulièrement peu abondantes. On se décide à provoquer l'accouchement et l'on a ainsi un fœtus vivant de 8 mois. Après l'accouchement, accès éclamptique qui est calmé par la morphine.

En novembre 1906, cette femme est de nouveau enceinte de deux mois. Urines rares et albumineuses. Etat général précaire. En décembre, on provoque l'avortement sous

chloroforme, en une seule séance. On extrait un fœtus de trois mois. Guérison rapide.

Etant donnés ces antécédents et comme la malade avait un enfant vivant, avec son consentement, on pratique la stérilisation en janvier 1907, au moyen d'une résection d'une partie de la trompe.

Observation XX

Bracht. *Cité par* Cova. — *Bolletino della Societa toscana d'obstetricia e ginecologia*, 1903, p. 231.

Après une néphrectomie pour tumeur du rein et myomectomie, la malade eut des avortements répétés, qui parurent liés plus aux fibromes utérins qu'à l'opération elle même. Elle est ensuite une grossesse à terme, avec accouchemeat terminé par une opération césarienne pour fibrome cervical obstruant l'excavation. Enfant vivant. Guérison.

OBSERVATIONS XXI à LIV

Thèse de Germain.

Observations I et II

Baldwin. — *Pregnancy and labor foollorwing nephrectomy, the Cleveland Medical journal* (mai 1903, vol. II, n° 5, pp. 213 et 215).

Premier cas.

Marie L. G.., néphrectomisée en 1898, pour hydronéphrose. Rein complètement détruit, uretère transformé en une corde

fibreuse. Guérison parfaite. Grossesse et accouchement normaux 3 ans après, en 1901.

Deuxième cas.

Femme néphrectomisée pour pyélite du rein droit, à 37 ans, le 8 mars 1900. A cette époque, elle a déjà eu deux accouchements et un avortement, son plus jeune enfant a 9 ans. Elle devient enceinte presque aussitôt après l'opération et accouche dans de bonnes conditions le 16 septembre 1901 après une grossesse normale.

Observations III et IV

Batini. — *Sie due casi di gravidanza in donne nefrectomizzati. Annales di ostet. Milano* 1905, ii, 34, 42).

Premier cas.

Femme B.... 38 ans, opérée pour un rein mobile mais qui subit une néphrectomie parce qu'on s'aperçut que le rein était tuberculeux. Elle a eu quatre grossesses antérieures et c'est peu de temps après son quatrième accouchement qu'elle a été opérée. Enceinte une cinquième fois, elle présente de l'albumine dans la seconde moitié de sa grossesse et malgré cela accouche dans de bonnes conditions et sans accidents. (A noter que la femme ne se soumet pas à la diététique prescrite à la clinique.)

Deuxième cas.

Femme R..., néphrectomisée à 37 ans pour abcès du rein, peu de temps après son premier accouchement. Après l'opéra-

tion, trois grossesses et accouchements normaux. L'examen des urines pratiqué après le troisième accouchement, qui était un accouchement gémellaire, révèle des traces d'albumine. La femme nourrit ses enfants.

Observation V

Bovée. — *American Ginecology*, novembre 1902.

Néphrectomisée pour pyonéphrose le 18 mars 1901. Accouchement normal après grossesse normale le 15 avril 1902. Albumine persistante dans les urines.

Observation VI

Braumlich. — *Cité par Lohmer : Opérative Heilung eine durch Gravidita Komplizviten Falle von Pyonephrose. Inaug. Diss. Greifswald*, 1898.

Néphrectomie pour pyonéphrose. Grossesse ultérieure normale.

Observations VII et VIII

Cova. — *Nefrectomia e Gravidanza. Annali di obstetrica e Gynecologia*, 1903, XXV, p. 692.

Premier cas.

Guidilla O..., 37 ans, ayant eu déjà cinq grossesses, dont quatre menées à terme et une interrompue spontanément au cinquième mois. Néphrotomie pour lithiase, puis néphrec-

tomie. Enceinte pour la sixième fois, elle présente certains troubles dans le courant du huitième mois, se traduisant par de violentes douleurs lombaires au niveau du rein enlevé. La diminution de la quantité des urines (100 centimètres cubes), traces d'albumine. Mais tout rentre dans l'ordre et la femme accouche dans les meilleures conditions d'une fille de 3.100 grammes qu'elle allaite.

Deuxième cas.

Rosa M..., 27 ans. Cinq accouchements à terme, un avortement au cinquième mois. Néphrectomie gauche pour pyonéphrose calculeuse, au troisième mois d'une septième grossesse qui évolue jusqu'à terme. Enfant vivant allaité par sa mère. Cinq mois plus tard, huitième grossesse se terminant par l'expulsion d'un enfant de 3.000 grammes sans aucun incident.

OBSERVATIONS IX ET X

FRITSCH. — *Die Kranheiten der weiblichen Blase, Handbuch der Gynækologie J. Veit*, 1897, B. 2, 14.

Premier cas.

Néphrectomie pour fistule urétrale. Grossesse postérieure, avortement au sixième mois. Guérison.

Deuxième cas.

Néphrectomie pour fistule urétérale, consécutive à une ovariotomie. Grossesse ultérieure normale se terminant par un accouchement normal.

Observation XI

W. Harajewick. — *Grossesse et accouchement après une néphrectomie. In revue de Chirurgie*, 1898, T. XVIII, p. 275.

Néphrectomie pour litho-pyonéphrose. Grossesse deux ans après. Evolution normale. Une seule chose intéressante c'est que le fond de l'utérus est fixé à droite. Accouchement normal.

Observations XII a XIX

Israel. — *Freie Vereinigung der Chirurgen Berlin*, 11 février 1907, *in Centralblatt für Chirurgie* 1907, n° 15, pp. 436 et 438.

Israel publie une statistique de 97 néphrectomies pour tuberculose rénale ; et il ajoute : la grossesse évolue d'une façon normale chez nos opérées ; 8 grossesses avec 5 accouchements normaux et 3 avortements se produisirent sans aucun trouble du côté du rein.

Observation XX

H. Karmann. — *Sur un cas de grossesse après une néphrectomie pour tuberculose. In Litzung d. Gynœk. Gesellsch. in Breslau von 20 mars 1906. Centralblatt für Gynœk., 1906, n° 45.*

Observation XXI

(Maberly (H.-E.). — *Néphrectomie et grossesse. Brit. M. J. London, 26 février 1908, p. 604.*)

Néphrectomie gauche pour calculose. Deux ans après, grossesse se terminant par craniotomie. Le rein droit semble atteint. Deuxième grossesse. Forceps au 250e jour. Enfant bien portant, les urines de la mère contiennent toujours du pus.

Observation XXII

C.-P. Noble. — *Nephrectomy followed by pregnancy and labor (American Medicine Philadelphia, mai 1906, p. 77.*

Mme B..., 34 ans, 7 fausses couches. Pas d'antécédents bacillaires. Elle est admise à l'hôpital de Kensington le 12 août 1905, on fait le diagnostic d'abcès tuberculeux du rein gauche. Le cathétérisme des uretères montre que le rein droit fonctionne seul, on pratique la néphrectomie transpéritonéale, le 17 octobre 1895. Guérison.

En 1898, elle accouche d'un enfant vivant qui, en 1905, était encore bien portant.

En 1900, expulsion d'un fœtus mort.

Observation XXIII

Piskacvek. — *Demonstration einer wegen pyonephrose extirpiten Niere Geburtshilflich gynœkologische Gesellschaft in Wien 10 décembre 1901. In Centralblatt für Gynœkologie, nº 23, p. 619.*

Femme de 22 ans ayant déjà fait un avortement et un accouchement à terme. Néphrectomisée pour pyonéphrose en 1899. L'année suivante, grossesse normale se terminant par un accouchement également normal, enfant vivant.

Observation XXIV

Pousson. — *Contribution à l'étude de la tuberculose rénale et de son traitement chirurgical. Annales des maladies des organes génito-urinaires, 15 juillet 1905, p. 9.*

Mme B..., 28 ans, ayant déjà eu deux enfants bien portants, néphrectomisée en juin 1897 pour tuberculose du rein gauche. Fistule qui persistait encore deux ans et demi après l'opération.

En 1901, après une grossesse ayant évolué sans incidents, elle accouche d'un enfant fort et bien portant qu'elle allaite huit mois. Puis elle se place nourrice encore pendant six mois et malgré cela son état général reste parfait.

Observation XXV

Prislow (G.-E.). — *Néphrectomie et grossesse. Brit. M. J. 26 mars 1898, p. 817.*

Accouchement normal, enfant vivant huit mois après une néphrectomie pour pyonéphrose.

Observation XXVI

In Thèse Reynaud (*Lyon*). *(Obs. VI). — (Publiée in thèse Louys, p. 130 et in Travaux cliniques de Chirurgie urinaire, 1903.)*

Mme B.... 25 ans. Néphrectomie lombaire gauche sous-capsulaire, le 27 juin 1903 pour tuberculose rénale. Cicatrisation incomplète de la plaie. Expulsion d'un enfant vivant le 19 novembre 1904 après une grossesse normale. Allaitement. Léger œdème cédant au régime. A part cela, la malade se porte bien (27 février 1906).

Observation XXVII

In thèse Reynaud. *Lyon 1906 (Obs. IV). — (Publiée in thèse de Louys, p. 104. et in Travaux cliniques de Chirurgie urinaire, 1903.)*

Mme V..., 34 ans. Nephrectomie gauche le 11 novembre 1902, pour tuberculose rénale accompagnée de tuberculose vésicale. Le 6 mars 1908 elle est très bien portante et vient d'accoucher dans de bonnes conditions d'un enfant vivant qu'elle allaite.

Observation XXVIII

Schramm. — *Berliner Klin. Wochenschr. 1896.*

Femme F..., 25 ans. Deux accouchements antérieurs, le second ayant été suivi de péritonite, puis d'une tumeur diagnostiquée d'abord kyste de l'ovaire, puis hydronéphrose. Néphrectomie droite transpéritonéale le 1er avril 1891.

Elle devient enceinte vers la fin de 1894 et présente au cinquième mois de sa grossesse des douleurs au niveau de sa cicatrice. Albumine dans les urines, malgré cela, expulsion, le 31 juillet 1895, d'un enfant de 3.000 grammes.

Observation XXIX (Intégrale)

Shepherd. — *Suites éloignées d'une néphrectomie. Soc. médicochir. de Montréal, 16 mai 1890. New York, M. J., 28 juin 1890, p. 723.*

Le Dr Shepherd rapporte la mort d'une femme à qui il avait enlevé le rein gauche en septembre 1885 pour pyélite calculeuse. Deux ans après l'opération, le rein droit était atteint à son tour et, depuis, il y avait toujours beaucoup de pus dans les urines. La femme accoucha trois fois depuis l'opération du rein et mourut dix jours après le dernier accouchement. A l'autopsie, on trouva le rein droit hypertrophié, calculeux et plein de pus. La femme avait refusé de se soumettre à une seconde opération qui eut prolongé son existence.

Observation XXX

Steinhel (O. A.). — *Deutsche Med. Wochenschr., 1901,* XXVII, p. 821.

Femme de 25 ans qui accouche à terme d'un enfant vivant 7 ans après une néphrectomie gauche pour tuberculose rénale. Pendant toute sa grossesse, elle a donné des inquiétudes à l'auteur qui lui propose même de la faire avorter.

Elle meurt le 2 novembre 1897, probablement des suites du processus tuberculeux dont elle était atteinte et cela un an et neuf mois après son accouchement.

L'enfant est bien portant.

Observation XXXI (intégrale)

Tridondani. — *Annal. d'Obst. e Gin.*, 1896, *p. 522.*

Femme de 29 ans qui, au huitième mois d'une grossesse, présente des phénomènes brusques d'obstruction intestinale, une certaine difficulté à uriner et des mictions douloureuses. Un mois plus tard elle accouche presque spontanément d'un enfant pesant 3500 grammes. Suites de couches presque normales. Examinée ultérieurement, la malade présente une tumeur kystique adhérente à la paroi abdominale. On peut penser à une tumeur de l'ovaire. Mais la matité que l'on perçoit à la percussion dans la région lombaire permet de croire plutôt que le rein seul est intéressé.

Laparotomie. On trouve une tumeur dans le côté gauche de l'abdomen, adhérente à la paroi abdominale antérieure, ayant les dimensions d'une tête de fœtus. Néphrectomie, en cherchant à énucléer la tumeur, celle-ci se rompt et laisse échapper un liquide grisâtre, inodore. En introduisant le doigt au fond de la tumeur on a la sensation de calices rénaux dilatés. Lavage du péritoine. Guérison. Suites opératoires normales.

Depuis l'époque de la néphrectomie (novembre 1890), jusqu'à maintenant (1896), la femme eut trois grossesses qui évoluèrent normalement jusqu'à terme et elle mit au monde trois enfants vivants. Les suites de couches furent normales. La mère allaita ses trois enfants ; l'allaitement des deux premiers nés après l'opération dura treize et seize mois et il se poursuivit sans aucun accident.

Observation XXXII (*in extenso*)

Tuffier. — *Trois grossesses après néphrectomie, in Thèse Monteville. Pyélonéphrite et grossesse. Paris, 1905.*

B... Marie, 26 ans. V-pare.

Toute jeune, cette femme souffre du côté droit dans la région lombaire ; elle a eu, dit-elle, de nombreuses coliques néphrétiques, ses souffrances s'accroissent au moment des règles ; ses urines sont souvent troubles.

Elle se fatigue facilement. A eu la rougeole à 2 ans.

1° Première grossesse à 20 ans en 1899. Elle souffre dès le début, a des vomissements, des troubles intestinaux, elle perd en blanc ; elle souffre en urinant, ses urines contiennent du pus, sont épaisses, blanc jaunâtre, puis renferment de l'albumine.

La malade entre à l'hôpital enceinte de six mois, le 2 juin 1899, elle est opérée immédiatement. M. Tuffier lui fait une néphrotomie du rein droit ; extrait un calcul, une fistule urinaire s'ensuit.

Six semaines après, le 16 août, elle accouche d un enfant mort et macéré, ne remuant plus depuis la fin de juillet.

La même année, M. Tuffier l'opère à nouveau le 24 octobre, lui fait l'ablation du rein droit. Il s'ensuit une phlébite qui immobilisa 40 jours la malade.

2° Deuxième grossesse en 1900. Elle a de l'albumine, doit se reposer pendant trois mois. L'enfant vient vivant, pèse 3500 grammes. L'accouchement se fait à terme, lentement.

Comme suites de couches, abcès du rein, incision.

3° En 1901, fausse couche de six semaines à la suite d'un effort.

4° En 1902, quatrième grossesse. La malade a de l'albumine, des vomissements jusqu'à 4 mois 1/2 ; fatigue dans

les jambes. Deux mois avant le terme, développement de la circulation veineuse du côté droit (côté de la néphrectomie).

O. I. D. P... Accouchement normal à terme d'un garçon.

En 1904, la malade se présente à la consultation le 14 juin, enceinte de deux mois et demi. Elle a des vomissements, souffre de temps en temps du côté droit ; mais en ce moment souffre de la région lombaire gauche.

Elle souffre en urinant. Les urines contiennent de l'albumine, du pus.

Elle vient se reposer, son séjour est de deux semaines.

Le pus et l'albumine disparaissent de l'urine. La malade part à la campagne jusqu'à la fin de sa grossesse. Elle a des vomissements jusqu'à quatre mois et demi. Le réseau veineux du côté droit est très développé. Repos continuel, l'albumine persiste.

7 janvier 1905. La maalade entre à la maternité à huit mois et demi. Albumine.

20 janvier. L'albumine disparaît complètement.

23 janvier. Accouche d'un enfant vivant pesant 3050 grammes. L'albumine reparaît dans les urines et persiste à 1 gr 1/2. Bon état général.

Observation XXXIII et XXXIV (*in extenso*

Truynann (G.-E.). — La néphrectomie et ses rapports avec la grossesse. Brit. M. J. London, 12 février 1898, pp. 423 425.

L'auteur rapporte deux cas :

Premier Cas

Femme de 32 ans, multipare, pyélite calculeuse, néphrotomie, puis néphrectomie. Grossesse sept mois après l'opération menée à terme sans incidents. On fut obligé d'administrer le chloroforme et d'appliquer le forceps, pour empê-

cher une hernie ventrale par la plaie opératoire, qui menaçait de se produire dans les efforts d'expulsion pendant l'accouchement.

Deuxième Cas

Femme de 39 ans, 6 enfants, pyonéphrose. Ablation du rein gauche. Grossesse normale quatorze mois après l'opération.

Observation XXXV

(Coen : *Societa toscana d'ostetricia e ginecologia*, 27 novembre 1909).

T. S..., âgée de 22 ans, entre à l'hôpital après les fêtes de Noël 1906, atteinte d'hématuries graves.

Elle ne connaît pas son père qui a abandonné sa famille ; sa mère est saine et a seulement dû subir l'amputation du col utérin pour une large déchirure ; elle a été réglée à 12 ans, et régulièrement, depuis lors, comme quantité et comme durée. Elle souffre, depuis plus de dix ans, d'hématuries intermittentes, avec émission d'urines plus ou moins troubles.

Elle est mariée depuis 6 mois avec un homme jeune et sain. Elle n'a pas été réglée depuis lors, et elle est donc enceinte de 6 mois.

Le 30 décembre, elle est prise d'hématuries abondantes et entre dans le service de Coen.

Il n'existe aucun symptôme objectif ; on ne peut explorer les deux reins que difficilement et au prix de douleurs.

L'hématurie a disparu, mais les urines sont fortement purulentes. La division de l'urine dans la vessie avec le séparateur de Luys est impossible ; la cystoscopie avec

l'appareil de Nilze, très difficile. Cependant, en explorant la vessie avec une sonde métallique, on constate qu'il n'y a pas de calculs, que la vessie est bien tolérante, et que le liquide injecté finit par ressortir limpide et non mêlé de sang.

Les caractères de l'urine sont les suivants : densité, 1014 ; réaction acide, albumine, 3 gr. p. 1000 ; urée, 10 0/00 ; dans le sédiment, globules de pus très abondants, mais pas de bacilles de Koch.

A l'examen de l'abdomen, on trouve un ventre régulièrement ballonné, l'utérus gravide forme une tumeur du volume de 6 mois. La palpation des régions du rein ne provoque aucune douleur, on ne constate ni augmentation ni ballotement du rein ; il est vrai que l'examen est rendu plus difficile par la présence de l'utérus gravide. La phonendoscopie, pratiquée par le Pr Bianchi, montre que le rein gauche est augmenté de volume.

La malade refuse pour le moment toute intervention chirurgicale, de peur de compromettre sa grossesse ; et l'on convient de remettre l'opération au post-partum.

Un nouvel examen de l'urine révèle : densité, 1010 ; albumine, 2 0/00 ; pus en abondance ; pas de bacilles de Koch.

Le 22 avril 1907, commencent les douleurs de l'accouchement. Durée : 3 heures. Fœtus vivant, de sexe féminin, pesant 3200 gr. Placenta normal de 500 gr. Suites de couches normales. La malade sort le 4 mai.

Elle rentre en août, décidée à se faire opérer, ayant consulté un autre chirurgien qui l'a engagée à se débarrasser d'un état qui mine sa santé.

A la palpation, nous apprécions l'accroissement du rein gauche, qui commence à être douloureux. La cystoscopie montre la vessie dans de bonnes conditions et tolérante. A l'examen avec le séparateur de Luys, après injection de phloridzine, nous faisons les constatations suivantes, sur l'urine totale et sur les échantillons prélevés séparément des

2 reins, 15, 20 et 30 minutes après les injections de phloridzine.

Urine totale : réaction acide, traces d'albumine ; urée, 10 0/00 ; pas de sucre, dans le sédiment, globules rouges, globules blancs et pus.

Echantillons d'urine après séparation.

Rein D : Après 15, 20 et 30 minutes, sucre ; traces d'albumine ; urée, de 8 à 8,40 0/00 ; réaction acide, dans le sédiment, cellules vésicales et leucocytes.

Rein G : Après 15 et 20 minutes, pas de sucre ; après 30, des traces ; urée oscillant de 5,80 à 6,20 0/00 ; réaction neutre ; sédiment constitué par des leucocytes et des cellules des voies aériennes supérieures.

Le 25 août 1907, néphrectomie. Nous trouvons une grande poche de pus dans un rein polykystique, et nous optons pour la néphrectomie, étant donnés la nature des lésions du rein malade, son fonctionnement presque nul, et le fonctionnement excellent du rein sain.

Guérison opératoire par première intention.

Dès les premiers jours, on contrôle le fonctionnement du rein droit. Il donne, le lendemain de l'opération, 450 cc. d'urine, puis 400 le 2e jour, 430 le 3e, 500 le 4e, 580 le 5e, 800 le 6e, 850 le 7e, et ainsi de suite jsuqu'à environ 1500 cc. par jour.

L'examen de l'urine le lendemain de l'opération, montre : réaction acide, traces d'albumine, 12 0/00 d'urée.

Le 24 septembre, à un nouvel examen, nous avons : traces d'albumine, globules rouges dans le sédiment, 13,50 0/00 d'urée.

Avant la sortie de la malade, nouvelle application du séparateur de Luys. Urine totale : acide ; traces d'albumine; 13 0/00 d'urée; pas de sucre ; sédiment peu abondant formé de globules rouges et de cellules vésicales ; urine du rein droit ; acide ; pas d'albumine ; urée 15 0/00 ; pas de sucre ; pas de sédiment.

Nous soumettons la malade à quelques séances de lavages vésicaux et d'instillations de nitrate d'argent, et une nouvelle analyse d'urine nous prouve que le fonctionnement du rein droit est parfait. La malade se remet, son état général s'améliore, elle reprend son travail et dit ne s'être jamais sentie aussi bien.

En novembre 1908, elle redevient enceinte, et durant cette nouvelle grossesse elle vient souvent se faire examiner et nous pratiquons de fréquentes analyses d'urine.

Je rapporterai le résultat de deux de ces analyses :

Le 3 février 1909, urine acide, densité, 1021 ; pas d'albumine ni de sucre ; urée, 16 0/00.

Le 19 avril, pas d'albumine ; 20 0/00 d'urée ; sédiment presque nul.

La grossesse a une évolution parfaite ; la malade continue à travailler beaucoup et dit ne s'être jamais aussi bien portée.

Accouchement normal d'un enfant vivant et bien portant, le 13 août 1909.

La malade nourrit elle-même son enfant, qui se développe très bien, et ne reçoit aucun trouble par suite de l'allaitement.

Conclusions

1° Chez les néphrectomisées qui deviennent enceintes, quand tout se passe normalement, le rein qui subsiste suffit à la tâche.

2° On n'a pas à redouter le mariage et par conséquent la grossesse chez les femmes néphrectomisées pourvu qu'on se soit assuré préalablement, par un examen complet de l'urine et des inoculations aux cobayes, que le rein qui reste est parfaitement sain et qu'on puisse surveiller attentivement la femme durant toute sa grossesse.

3° Les enfants qui naissent des néphrectomisées se trouvent dans des conditions de santé et de viabilité qui ne les rendent en rien inférieurs aux autres enfants.

Vu : le président de thèse,
PINARD.

Vu : le doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,
le vice-recteur de l'académie de paris
LIARD.

Imprimerie spéciale H. CHACORNAC, éditeur. Paris.

325

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE